

Anmeldung Urologie Da-Vinci-Sprechstunde bitte per Fax: 05121 90-1619

Einweisender Arzt:

Patient: Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versichert bei: _____

Ggf. Zusatzversichert: _____

Telefon-Nr. Patient: _____

Einweisungs- bzw. Überweisungsgrund:

Blutverdünnende Medikamente?

Ja

Nein

Letzter PSA-Wert: _____ vom _____

TRUS: Prostata-Volumen _____

Staging CT Abdomen / Becken und Knochen-Szintigraphie bei High-Risk-Prostatakarzinom und

CT Thorax bei Nierenkarzinom, größer 4cm

Vereinbarte Termine mit dem Patienten werden dem einweisenden Arzt per Fax unter

Fax-Nr. _____

mitgeteilt.

Ihr Da-Vinci-Team im St. Bernward Krankenhaus